Z kliniki ginekologiczno-położniczej, pod kierunkiem
prof. Dra H. Jordana.

VENTROFIXATIO UTERI.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

NAPISAŁ

Dr. Ludwik Świtalski
II. Asystent Kliniki.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1894.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1894. Nr. 38—40.

Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,

II. asystent tejże kliniki.

Jedno z najczęstszych zboczeń w częściach rodnych, dla których chore zasięgają porady lekarskiej, stanowią tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. W klinice krakowskiej na 4492 chorych, leczących się ambulatoryjnie w ostatnich pięciu latach, było 654 przypadków zboczeń w położeniu macicy ku tyłowi a więc 14·5%. Sänger [1]) podaje 15·14% a Löhlein [2]) 17·18%. W naszej statystyce nie wliczono jednak przypadków, w których zboczenie w położeniu macicy sprawiły guzy z macicy lub jajników wychodzące.

Leczenie mechaniczno-resorbcyjne, przeważnie w przypadkach zboczeń macicy ku tyłowi stósowane nie rzadko zawodzi, lub też rozłożone na długi przeciąg czasu, nie daje się przeprowadzić u osób niezamożnych, żyjących z pracy rąk. Dla tego też nic dziwnego, że w ostatnich dziesiątkach

---

[1]) Centralblatt f. Gynäk. 1888.

[2]) Zeitschrift f. Geburtsh u. Gynäk. Bd. VIII.

lat wystąpiła dążność do leczenia operacyjnego, które w wielu przypadkach, gdzie leczenie mechaniczne nie prowadzi do celu, przynosi należyty skutek lub też w krótkim czasie uwalnia chorą od przypadów, czyniących ją niezdolną do pracy zawodowej.

Sänger [1]) podaje, że 20% zboczeń macicy ku tyłowi nie daje się wyleczyć krążkami. Küstner [2]) w przeciągu niespełna dwóch lat z pomiędzy 29 tyłozgięć macicy ustalonych, w 10 przypadkach nie mógł oddzielić zrostów i te przypadki według niego nadawały się do leczenia operacyjnego od strony jamy brzusznej. Według Spätha [3]) z 397 przypadków tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, leczonych w latach 1883—1887 w klinice Prochownicka było 7·3%, które opierały się wszelakiemu leczeniu mechanicznemu. I kiedy dawniej po wyczerpaniu leczenia mechanicznego musiano zadowolnić się leczeniem przypadowem, dzisiaj na drodze operacyjnej staramy się sprowadzić wyleczenie. Pierwszy Alquié w r. 1840. powziął myśl usunięcia tyłozgięcia macicy przez skrócenie więzadeł okrągłych. Myśl tę jednak wprowadzili w wykonanie dopiero w latach 1881. i 1882. dwaj angielscy lekarze, Alexander i Adams, którzy w ten sposób zrobili cały szereg operacyj z dobrym skutkiem. Trudności techniczne w wyszukaniu nieraz bardzo słabo rozwiniętych więzadeł okrągłych poza przewodem pachwinowym i niepewne wyniki stoją na przeszkodzie rozpowszechnieniu się tej operacyi. Twierdzenie Gelpkego [4]), jakoby badaniem skombinowanem można się było przekonać o rozwoju więzadeł okrągłych i w ten sposób przez dobieranie odpowiednich przypadków upewnić się w danym razie o dobrym wyniku, wydaje mi się nieprawdopodobnem. W klinice wykonaliśmy operacyę Alexandra-Adamsa dwa razy: przy macicy tyłozgiętej wolnej i przy częściowem wypadnięciu macicy tyłozgiętej. W obu

---

[1]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. Nr. 2.
[2]) Sammlung klin. Vorträge. 1890. Nr. 9.
[3]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1888. Nr. 37.
[4]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XXVI. s. 334.

przypadkach leczenie krążkami nie dało się przeprowadzić, gdyż macica pomimo krążka opadała zaraz napowrót ku tyłowi. Przeprowadzenie zabiegu w obu razach nie napotkało na znaczniejsze trudności. W jednym jednak przypadku przy oddzielaniu od tkanek sąsiednich naciągniętego więzadła otwarto jamę otrzewnową, co jednak pozostało bez wpływu tak na przebieg, jak i wynik pooperacyjny, który w obu przypadkach w miesiąc po operacyi był bardzo dobry; czy na długo, dopiero dalsza obserwacya wykaże. Że wyszukanie więzadeł okrągłych poza zewnętrznym pierścieniem przewodu pachwinowego jest nieraz trudnem lub nawet niemożliwem dla zbyt słabego ich rozwoju, o tem miałem sam sposobność przekonać się przy kilkakrotnem wykonywaniu tej operacyi na zwłokach.

Inne sposoby leczenia operacyjnego tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy poczęły się rozwijać w dwóch kierunkach: gdy jedni usiłowali ustalić macicę od strony pochwy ku przodowi a nawet przez otwartą zatokę Douglasa wprzód porozrywać zrosty łączące macicę z sąsiedztwem, to drudzy starali się tego samego dokonać od strony jamy brzusznej. Pierwsze usiłowania leczenia operacyjnego od strony pochwy datują się od roku 1850., kiedy Amussat w celu wyleczenia przodopochyleń i tyłopochyleń macicy przeżegał błonę śluzową odpowiedniego sklepienia, chcąc przez to wywołać bliznę, którąby macicę utrzymywała w należytem położeniu. Richelot polecał przyszycie tylnej ściany szyjki do tylnej ściany pochwy po odświeżeniu przeciwległych powierzchni. Courty zmodyfikował ten sposób, starając się przez przyżegania wywołać zrosty. Metody te podobnie jak Rabenaua [1]), Nicoletissa [2]) i Loewenthala [3]) mają jednak znaczenie więcej teoretyczne.

Podana przez Schückinga [4]) w r. 1886. *vaginaefixatio uteri*, polegająca na ustaleniu odprowadzonej macicy przez

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. s. 284.
[2]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operativ. Gynäk. 1892. s. 511.
[3]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[4]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. s. 181.

wywołanie zrostów między nią a fałdem zatoki pęcherzowo-macicznej dla często wydarzających się obrażeń pęcherza a możliwych obrażeń jelit (Sänger, Hartmann) i moczowodów (Gläser) nie mogła znaleść wielu zwolenników. Liczne modyfikacye tej operacyi jak Törngrena[1]), Zweifla[2]), jak również na tej samej zasadzie polegające operacye Dührssena[3]) i Mackenrodta[4]) są jeszcze za nowe a wyniki za świeże, aby o nich wydać można sąd stanowczy.

Liczne metody operacyjne, jak Freunda[5]), Stratza[6]), Herricka[7]), Boisleuxa[8]) (*elythrotomia intraligamentaris*), w których starano się utrzymać macicę ku przodowi przez ustalenie szyjki ku tyłowi bądź przez skrócenie więzadeł tylnych (*ligamenta recto-uterina*), bądź przez bezpośrednie przytwierdzenie szyjki do otrzewny ściennej (*retrofixatio colli*) i zniszczenie zatoki Douglasa a w razie istnienia zrostów między macicą a tylną ścianą miednicy wprzód je oddzielić, nie mogą zadowolnić dla trudnego dostępu, niedokładnego odsłonięcia pola operacyjnego a ztąd możliwości zranienia organów sąsiednich.

Schultze[9]), który był zwolennikiem powyższego sposobu operacyjnego w razie niemożności przerwania zrostów swoją metodą, przechylił się do zdania Küstnera, że tam, gdzie do oddzielenia zrostów zajdzie potrzeba otwierania jamy otrzewnowej, to należy to uczynić od strony jamy brzusznej. Ustalenie odprowadzonej macicy za pomocą zrostów wytworzonych przez zakładanie setonów z gazy jodoformowej (Dührssen) lub gazy napojonej wyskokiem (Matlakowski) do zatoki pęcherzowo-macicznej a względnie zatoki Douglasa

---

[1]) Dissert. v. J. Esser: Zur Therapie der Retroflexio uteri.
[2]) Centralblatt f. Gynäk. 1890. Nr. 39.
[3]) Centralblatt f. Gynäk. 1892. s. 293.
[4]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[5]) Centralblatt f. Gynäk. 1889. s. 515.
[6]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1891. s. 336.
[7]) Frommel's: Jahresbericht. 1891. s. 658.
[8]) Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893. s. 264.
[9]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 24. 1891.

wydaje mi się z tego względu niewłaściwem, że nie możemy mieć pewności, czy zapalenie przez to wywołane ograniczy się rzeczywiście.

Niezależnie od powyższego kierunku zaczął się rozwijać drugi sposób leczenia operacyjnego zboczeń ku tyłowi macicy od strony jamy brzusznej. Wszywanie kikutów w ranę brzuszną po usunięciu zmienionych jajników a przez to ustalenie macicy tyłozgiętej ku przodowi i stałe utrzymywanie się jej w tem położeniu stało się podstawą rozwoju leczenia operacyjnego, polegającego na pośredniem lub bezpośredniem przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej.

Pierwszy Koeberle w roku 1869. wykonał taki zabieg operacyjny w przypadku tyłozgięcia macicy połączonego z bardzo ciężkimi objawami. Wykonał laparatomię, odciął jajniki a kikuty pozostałe wszył w dalszy brzeg rany. Podobnie po nim operowali Sims, Schröder, Henig, Lawson-Tait.

Według planu jednak z góry powziętego zaczął operować dopiero Olshausen[1]) i ujął sposób operacyjny w metodę nadając mu nazwę *ventrofixatio uteri*. Olshausen również pierwszy wykonał ten zabieg operacyjny przy wypadnięciu macicy a jakkolwiek wynik był niepomyślny, znalazł wielu naśladowców, którzy operując w wielu razach z dobrym skutkiem, w przypadkach, w których operacye plastyczne międzykrocza i pochwy nie wystarczały, rozszerzyli wskazania do wentrofiksacyi i dla tej zmiany w położeniu macicy.

Od czasu ogłoszenia metody Olshausena sposób operacyjny Koeberlego, polegający na odcięciu jednego lub obu jajników zdrowych i wszyciu pozostałych kikutów w ranę brzuszną ograniczył się tylko do tych przypadków, w których usunięcie jajników było wskazanie z powodu zmian w nich.

Ale i metoda Olshausena, polegająca na przyszyciu więzadeł okrągłych i szerokich tuż przy macicy do przedniej ściany brzusznej, nie zadawalniała, gdyż obawiano się uwięź-

---

[1]) Centralblatt f. Gynäk. 1886. Nr. 43.

nięcia jelit w zaułku, który tworzy się między macicą a pęcherzem. Możliwość zaś wydłużenia się wszytych wiązadeł podała w wątpliwość trwałość wyników. Dopiero Leopold i Czerny przez bezpośrednie przyszywanie trzonu macicy do ściany brzusznej operacyi tej nadali najwięcej pewności i od tego czasu przeważna część operatorów posługuje się ich metodami lub nieznacznemi ich modyfikacyami.

Leopold [1]) przytwierdza trzon macicy trzema głębokimi szwami brzusznymi, z których jeden zakłada poniżej odejścia jajowodów od macicy, drugi powyżej a trzeci w równej wysokości z jajowodami.

Czerny [2]) przyszywa macicę dwoma zapuszczonymi szwami katgutowymi, przeprowadzając je tylko przez powięź i otrzewnę brzegów rany.

Terrier [3]) przeprowadza szwy katgutowe przez macicę w ten sposób, że nie zagłębia całej nitki w miąższu, tylko część jej pozostawia na powierzchni; to ma przyczyniać się do łatwiejszego wytwarzania się zrostów.

Pozzi [4]) używa szwu katgutowego kuśnierskiego.

Matlakowski [5]) obok przyszycia macicy skraca jeszcze więzadła okrągłe.

Hofmeier [6]) poleca obok bezpośredniego przyszycia macicy jeszcze osobno oba więzadła okrągłe przytwierdzić głębokimi szwami, całą grubość powłok obejmującymi.

Klotz [7]) wszywa trąbkę lub kikut po odcięciu jajnika pozostały i następnie przez założenie sączka szklanego aż do dna zatoki Douglasa sięgającego, stara się wywołać mocne zrosty podtrzymujące macicę od tyłu. Sposób ten według Sängera sprzeciwia się zasadom chirurgii, która dąży do jak najszybszego zamknięcia jamy brzusznej, zostawiając dreno-

---

[1]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 133. 1889.
[2]) Beiträge zur klin. Chirurgie. 1888. Bd. IV. s. 163.
[3]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operat. Gynäk. 1892. Bd. II.
[4]) Ibidem.
[5]) *Przegląd lekarski.* 1889. Nr. 46.
[6]) Hofmeier: Grundriss der gynäk. Operationen. 1892.
[7]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 4.

wanie dla przypadków wyjątkowych. Metoda Klotza nie znalazła wcale naśladowców.

Frommel [1]) opierając się na twierdzeniu Schultzego, że w przeważnej liczbie przypadków przyczyna tyłopochylenia macicy tkwi w zwiotczeniu więzadeł tylnych *(lig. recto-uterina)*, chciał przez skrócenie ich od strony jamy brzusznej utrzymać macicę ku przodowi. Złe wyniki w pięciu na siedm w ten sposób przez niego operowanych przypadków, skłoniły go do zaniechania tego sposobu operacyjnego.

Przyszywanie macicy do przedniej ściany brzusznej bez otwierania jamy otrzewnowej, jak to operowali Kaltenbach, Assaky, Caneva, Leith, Napier, Krug, nawet pomimo ich dobrych wyników, z przyczyny możliwości obrażenia jelit nie zasługuje na uwzględnienie.

Bardzo wielka ilość różnych metod operacyjnych, z których tylko ważniejsze tutaj wyliczyłem, świadczy najlepiej, że nie ma jeszcze idealnego sposobu operacyjnego; najmniej zawiłe a pewne wyniki dające metody Leopolda i Czernego są uważane za najlepsze.

Pomyślne wyniki po przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej w przpadkach, w których każde inne leczenie pozostawało bez skutku, uczyniły tę operacyę prawie niezbędną i dlatego też dziś wliczono ją już w poczet stałych zabiegów operacyjnych.

Schepers [2]) do r. 1890. zebrał 178 przypadków wentrofiksacyi wykonanych przez 39 operatorów; z tego w 173 przypadkach był wynik dobry, w 4-ch zły a jeden przypadek śmierci z zapalenia płuc. Baudouin [1]) zestawia 255 przypadków: 2 chore umarły, w 11 był wynik zły, w 13 niezupełny. Niekorzystnej strony tej operacyi, jak ustalenie macicy w położeniu zbaczającem od fizyologicznego, dzisiaj nie bierze się już tak bardzo w rachubę, gdyż dłuższe obserwacye wykazały, że chore przy tem położeniu macicy nie do-

---

[1]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1893. Bd. XXVII. Ht. 2.

[2]) Schepers: Inaug. Dissert. 1890.

znają żadnych lub bardzo nieznacznych dolegliwości i że wpływ tego położenia macicy na koncepcyę, przebieg ciąży i porodu nie jest tak niekorzystny, jak się tego z początku obawiano.

Sänger, Olshausen, Lannelongue i Leopold utrzymują, że zrosty łączące macicę ze ścianą brzuszną podczas ciąży ulegają znacznemu rozluźnieniu i rozciągnięciu tak, że macica może rozrastać się bez przeszkody. Przypadki w których po wentrofiksacyi wystąpiła ciąża i poród na czasie, ogłosili Olshausen [2]), Leopold [3]), Sänger [4]) Löhlein [5]), Klotz [6]), Pozzi [7]), Mackenrodt [8]), Wegener [9]), Fleischlen [10]), Currier [11]), Traiport [12]), Marschner [13]), Howitz i Meyer [14]), Baudouin, Jacobs [15]), Terrier [16]).

W kilku przypadkach (Sänger, Winiwarter) w pierwszych miesiącach ciąży występywały dosyć mocne bóle w dolnej części brzucha, prawdopodobnie zależne od naciągania zrostów; bóle te ustępywały w późniejszych miesiącach.

Czy poronienia i porody przedwczesne, które kilkakrotnie wystąpiły po wentrofiksacyi, zostają w związku z ustaleniem macicy, trudno ocenić, gdyż poronienie i w przypadkach ciąży, gdzie macica jest całkiem wolna, nie należą do rzadkości.

Co się tyczy przyszywania macicy do powłok brzusznych przy jej wypadnięciach, to wszyscy, którzy z tego wska-

---

[1]) Frommel's Jahresbericht. 1890.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. Bd. XX. s. 230.
[3]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 317.
[4]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 308.
[5]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1895. s. 242.
[6]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 97.
[7]) Pozzi: Lehrbuch der klin. operativ. Gynäk. 1892.
[8]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[9]) Centralblatt f. Gynäk. 1893. Nr. 13.
[10]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. Nr. 50.
[11]) Centralblatt f. Gynäk. 1893. Nr. 14.
[12]) Frommel's Jahresbericht. 1890. s. 494.
[13]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 117.
[14]) Centralblatt f. Gynäk. 1891.
[15]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 309.
[16]) Inaug. Dissert. v. I. Esser.

żania operacye te wykonywali, podają, że samo nie wystarcza i że trzeba je łączyć z kolporafią.

Olshausen podając swoją metodę przyszycia macicy skreślił wskazanie temi słowy: *nur in sehr vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexion oder Prolapsus glaube ich, dass die Operation am Platze sein kann.* Dobre jednak wyniki zachęciły wielu operatorów, jak Sängera, Leopolda, Czernego, Veita, Löhleina i t. d. do rozszerzenia wskazania do tego zabiegu operacyjnego i w tyłozgięciach macicy wolnych, gdy leczenie nieoperacyjne nie prowadzi do celu a przypady towarzyszące tej zmianie są bardzo gwałtowne.

Sänger usprawiedliwia wentrofiksacyę w tych przypadkach tem, że przy ruchomości macicy operacya ta jest o wiele łatwiejszą i nie tak niebezpieczną, jak przy przyrośnięciu macicy.

Pozzi jest przeciwnikiem wentrofiksacyi przy tyłozgięciach macicy wolnych i poleca wprzód wykonać operacyę Aleksandra-Adamsa a gdyby ta zawiodła, przystąpić dopiero do wentrofiksacyi, którą uważa za racyonalniejszą, pewniejszą a nawet mniej niebezpieczną od zabiegów operacyjnych od strony pochwy.

Przy wypadnięciach macicy określono wskazanie dla tej operacyi w tych uporczywych przypadkach, w których dawniej odcinano macicę nad pochwą z wszywaniem kikuta w ranę brzuszną (P. Müller) lub nawet robiono wycięcie macicy od strony pochwy.

Wszyscy zgadzają się na to, aby przy laparotomii z innego wskazania macicę tyło-zgiętą lub wypadłą przytwierdzać do powłok brzusznych.

Racoviceann [1]) i Delageniere [2]) polecają jeszcze wentrofiksacyę przy obniżeniu jajników, skoro chora z powodu tego nie może znosić krążków. Baudouin [3]) dodaje do wska-

---

[1]) Frommel's Jahresbericht. 1889. s. 448.
[2]) Ibidem. 1890. s. 492.
[3]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 288.

zań wynicowanie macicy, aby przez przyszycie jej zapobiedz nawrotom.

W klinice krakowskiej w tym roku szkolnym wykonaliśmy z rozmaitych wskazań i różnemi metodami przyszycie macicy do przedniej ściany brzusznej dwanaście razy.

1) Z Z., lat 36, zamężna, z Gruszowa. Rozpoznanie: *Cystoma ovarii dextri. Prolapsus uteri completus.*

31. Października 1893. wykonano owaryotomię i przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej metodą Czernego z modyfikacyą Terriera.

Przebieg pooperacyjny niczem niezakłócony. Po operacyi przez cały czas pobytu w klinice zakładano do pochwy tampony napojone odwarem korzenia partwinowego (*decoct. radd. ratanhiae*).

6. Grudnia chora opuszcza klinikę a badanie w tym czasie wykazało macicę w przodopochyleniu i lekkiej elewacyi przyrosłą do ściany brzusznej; w razie mocnego parcia tylko dolny odcinek tylnej ściany pochwy nieco wysuwa się na zewnątrz. Podmiotowo nie doznaje operowana żadnych dolegliwości. W cztery miesiące po operacyi zaszła w ciążę i obecnie będąc w 5-tym miesiącu ciąży nie doznaje najmniejszych dolegliwości. Macica stósownie do okresu ciąży powiększona, jest ułożona w przodozgięciu i przylega ściśle do powłok brzusznych.

2) N. D., lat 55, zamężna, z Rabki. Rozpoznanie: *Cystoma ovarii dextri accretum. Descensus uteri retroversi, prolapsus vaginae posterioris et descensus vaginae anterioris.*

9. Listopada 1893 roku. *Ovariotomia et ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po operacyi zakładano podobnie, jak w pierwszym przypadku tampony napojone odwarem korzenia partwinowego.

14. Grudnia opuszcza operowana klinikę a przez badanie można przekonać się, że macica znajduje się w przodopochyleniu i zgięciu i jest przyrosłą do powłok brzusznych. Pochwa nawet przy mocnem parciu nie wysuwa się na zewnątrz.

3) K. K., lat 38, stanu wolnego, z Bochni. Rozpoznanie: *Uterus retroversus fixatus. Pelveoperitonitis adhaesiva. Haematosalpinx dextra.*

1. Marca 1894 r. *Salpingectomia dextra. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Rodziła raz w 16. roku życia; poród i połóg prawidłowy. Po poronieniu, które nastąpiło w dwa lata później, chorowała przez kilka tygodni wśród dreszczów, gorączki i bólów dołem. Od tego czasu prawie ciągłe bóle dołem i w krzyżach, znacznie zwiększające się podczas regularności. Chorą leczono kilkakrotnie w klinice bez skutku. Wobec ciągle utrzymujących się przypadów, które wzmogły się w ostatnich miesiącach, przystąpiono 1. Marca 1894. do operacyi. Rozcięto powłoki brzuszne w długości 14 centymetrów a gdy pomimo tego był utrudniony przystęp do macicy, nacięto obustronnie mięśnie proste; następnie przeciągnięto przez przednią ścianę macicy nitkę jedwabną i za pomocą niej podtrzymywano macicę ku górze. Trąbkę prawą pokręconą i rozszerzoną do grubości małego palca, zrosłą z macicą i więzadłem szerokiem z wielką trudnością oddzielono i odcięto. W końcu przyszyto do przedniej ściany brzusznej macicę, oddzieliwszy poprzednio wiotkie zrosty między nią a tylną ścianą miednicy.

Przez pierwsze dni po operacyi chora bardzo niespokojna, skarży się na bóle w krzyżach i dołem; dalszy przebieg prawidłowy.

30. Marca wykazało badanie macicę w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłą do ściany brzucha. Od tyłu i na lewo od macicy daje się wybadać wypocina, dla której chora przez dłuższy czas pozostawała w leczeniu, uskarżając się na bóle w krzyżach i dołem. Jakkolwiek wynik operacyi co do położenia macicy jest obecnie bardzo dobry, przypady jednak mają się dalej utrzymywać. Nie można jednak całkowicie polegać na zeznaniu chorej, która nie mając wcale ochoty do pracy, chciałaby stale przebywać w szpitalu lub klinice i dlatego przesadza znacznie wszystkie przypady.

4) P. J., lat 33, zamężna, z Wieliczki. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Metritis et endometritis chronica.*

Wywiady: Zamężna od 10 lat. Miesiączkowała dawniej prawidłowo. Trzy pierwsze razy roniła, zawsze z początkiem siódmego miesiąca ciąży. Rodziła trzy razy prawidłowo, ostatni poród przed trzema laty. Regularność po ostatnim porodzie wystąpiła w siedm miesięcy i powtarza się od tego czasu zawsze z mocnymi bólami dołem brzucha i w krzyżach; bóle te, jakkolwiek w mniejszym stopniu, utrzymują się, zwłaszcza w ostatnich miesiącach i poza regularnością tak, że chora czuje się w skutek tego niezdolną do pracy.

Od roku regularność znacznie obfitsza i utrzymuje się dłużej niż dawniej. Od kilku miesięcy obfite białe upławy.

W roku 1892. leczona przez kilka miesięcy w szpitalu św. Łazarza, poczem stan chorej poprawił się znacznie. W Październiku 1893 r. zgłosiła się do kliniki a badanie podówczas wykazało: część pochwowa gruba i twarda, niżej i nieco więcej ku przodowi ustawiona; brzegi ujścia zewnętrznego nierówne. Trzon, większy leży ku tyłowi, mocno zrostami prawie na całej powierzchni przytwierdzony do tylnej ściany miednicy. Przy usiłowaniu odprowadzenia macicy chora doznaje mocnych bólów. Wziernikiem można wykazać na brzegach ujścia dużą, brodawkowatą nadżerkę. Zgłębnik wykazuje jamę macicy o 3 cm. dłuższą.

Leczenie: Kąpiele ciepłe, gorące wstrzykiwania, mięsienie i jod w tamponach. Podczas tego leczenia zrosty rozluźniły się na tyle a częścią poprzerywały, że macicę można było wprowadzić w przodopochylenie, przyczem jednak można było wybadać gruby postronek po stronie lewej macicy, który sprawiał, że macica puszczona opadała w pierwotne położenie i ani krążkami ani tamponami ku przodowi utrzymać się nie dała. Kiedy usiłowania w celu rozciągnięcia (bo o przerwaniu nie było mowy dla zbytniej grubości) tego postronka nie odniosły pomimo długiego leczenia pożądanego skutku a bóle wkrótce po przerwaniu leczenia wystąpiły w tym stopniu, jak były dawniej, zaproponowano chorej operacyę, którą wykonano dnia 1. Marca 1894 roku. Rozcięto powłoki brzuszne w długości około 12 cm., oddzielono luźne zrosty między macicą a tylną częścią ściany miednicy, postronek zaś przebiegający od rogu lewego macicy do bocznej ściany miednicy, mocno się napinający przy podnoszeniu macicy podwiązano w dwóch miejscach i przecięto między podwiązkami, poczem macica z łatwością dała się podnieść ku górze i ku przodowi. Następnie przytwierdzono do powłok brzusznych w okolicy dolnego kąta rany macicę w ten sposób, że ją ułożono w przodozgięciu i górną część tylnej ściany ku przodowi teraz zwróconej przyszyto tak, że przeprowadzono dwa szwy katgutowe przez warstwę mięśnia i otrzewnę jednego brzegu rany, potem przez tylną ścianę macicy jeden w odległości $1^1/_2$ cm. od dna a drugi tuż przy dnie macicy, następnie przez otrzewnę i warstwę mięśnia drugiego brzegu. Szwy przez macicę przeprowadzono sposobem Terriera, t. j. część nitki przebiegała wolno na powierzchni macicy. Po zespojeniu powłok brzusznych opatrzono przeciwgnilnie.

Przebieg: Przez pierwszych kilka dni mocne bóle dołem brzucha i w krzyżach, które potem ustąpiły całkowicie. Od 17. do 21. Marca regularność nie tak obfita, jak przed operacyą i z lekkimi tylko bólami.

3. Kwietnia chora opuszcza klinikę a badanie wykazuje macicę, w przodozgięciu przyrosłą do przedniej ściany brzucha, nadżerka na brzegach ujścia zgojona całkowicie a zgłębnik wykazuje jamę macicy o $1^1/_2$ cm. krótszą, niż przed operacyą. Podmiotowo stan znacznie lepszy; chora skarży się tylko na występujące czasami bóle dołem.

Osoba ta jest w ciągłej obserwacyi i co kilka tygodni zgłasza się do kliniki. Ostatni raz badana 15. Lipca b. r. a więc w $4^1/_2$ miesiąca po operacyi. Podaje, że regularność odbywa się prawidłowo, że nie doznaje żadnych dolegliwości i czuje się całkiem zdrową. Przedmiotowo można przekonać się, że macica, w przodozgięciu przyrosła do ściany brzusznej jest względnie nawet znacznie ruchoma. Część pochwowa może tylko nieco grubsza. Jama macicy dłuższa o centymetr. Upławów nie ma.

5) J. B., lat 42, zamężna, z Smęgorzowa. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata.*

16. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Zamężna od lat 17-tu, nie rodziła, roniła 4 razy, zawsze w pierwszych trzech miesiącach ciąży, ostatnie poronienie przed trzema laty. Miesiączkowała do Grudnia 1893. roku prawidłowo. W Grudniu po spadnięciu do rowu miały wystąpić mocne bóle dołem, krwawienia z macicy i od tego czasu czuje się ciągle słabą. Miewa boleści dołem i w krzyżach wzmagające się znacznie podczas regularności. Leczona w szpitalu przez 2 miesiące bezskutecznie.

Stan obecny: Macica prawidłowej wielkości, w tyłozgięciu, nie daje się odprowadzić ani palcami ani zgłębnikiem; przy usiłowaniu odprowadzenia, które sprawia ból, czuć można napinające się postronki.

16. Kwietnia wykonano laparotomię, oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej w ten sam sposób, jak w poprzednim przypadku.

Przebieg: Po operacyi chora przez dwa tygodnie gorączkowała, miewała dreszcze i bóle w okolicy rany.

11. Maja opuszcza klinikę z macicą w przodopochyleniu, do ściany brzusznej przyrosłą. Chora ostatni raz zgłosiła się do kliniki 30. Maja a badanie wtenczas wykazało

macicę tak samo ułożona. Podmiotowo czuje się zdrowa, boleści nie doznaje żadnych a regularności odbytej w połowie Maja towarzyszyły tylko nieznaczne bóle w krzyżach.

6) S. J., lat 23, zamężna, z Posady Górnej. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva. Hydrosalpinx ambilateralis.*

28. Kwietnia. *Salpingectomia ambilateralis. Castratio. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Regularność od 17. roku życia powtarzała się prawidłowo. Zamężna od lat 5-ciu, nie roniła, rodziła raz przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży przed czterema laty, poród bliźniaczy. W cztery tygodnie po porodzie wystąpiły mocne bóle dołem brzucha, które utrzymywały się przez kilkanaście dni. Od dwu lat czuje się chorą, przy pracy doznaje bólów dołem i w krzyżach, które mocniej występują podczas regularności; przy spokojnem zachowaniu się chora nie doznaje żadnych dolegliwości. Spółkowanie od dłuższego czasu bardzo bolesne tak, że chora tylko z wielką niechęcią miewa stósunek z mężem. Stolec często z bólami, zwłaszcza przy oddawaniu kału twardego.

Wobec macicy tyłozgiętej, mocno przyrosłej i zmian w obu trąbkach, przystąpiono odrazu do leczenia operacyjnego.

28. Kwietnia po rozcięciu powłok brzusznych przeciągnięto przez przednią ścianę macicy podniesionej od strony pochwy nitkę jedwabną, za pomocą której przez cały przeciąg operacyi podtrzymywano macicę ku górze. Obie trąbki znacznie, bo do grubości małego palca porozszerzane, pokręcone, wraz z powiększonymi jajnikami (zwyrodnienie torbielkowate) ze wszystkich stron poprzyrastałe do sąsiedztwa, z wielką trudnością oddzielono i odcięto, poczem uwolnioną macicę wszyto w dolny brzeg rany.

Przebieg pooperacyjny pomimo dwugodzinnego trwania operacyi całkiem prawidłowy.

20. Maja chora opuszcza klinikę a badanie wykazuje obok macicy, w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłej do ściany brzusznej po stronie prawej i od tyłu macicy małą wypocinę, za uciskiem nieco bolesną. Zalecono kąpiele rymanowskie. Podmiotowo pacyentka nie doznaje obecnie żadnych dolegliwości, jak mi donosi w liście z dnia 20. Lipca.

7) P. M., lat 35, stanu wolnego, z Harbutowic. Rozpoznanie: *Cystis ovarii dextri partim accreta ad parietem anteriorem abdominis. Retroflexio uteri partim fixata.*

5. Maja. *Ovariotomia. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*
Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie w miesiąc po operacyi, w którym to czasie chora opuszcza klinikę, wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Chora nie doznaje żadnych dolegliwości.

8) G. K.. lat 43, zamężna, z Dobrej. Rozpoznanie: *Osteomalacia. Retroflexio uteri libera.*

29. Maja. *Castratio. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W półtora miesiąca po operacyi macica w przodopochyleniu i zgięciu przyrosła do ściany brzusznej.

9) W. S., lat 32, zamężna, z Przemyśla. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Descensus ovarii utriusque accreti.*

19. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Miesiączkowała od 16. roku życia prawidłowo. Zamężna od lat 12-tu, nie rodziła, miała raz ronić w drugim miesiącu ciąży. Czuje się słabą od lat sześciu. Miewa częste bóle dołem brzucha, liczne przypady nerwowe jak pokłuwania, trętwienie, bóle w nogach. Regularność powtarza się co 4 tygodnie z miernymi bólami w krzyżach. Od roku spółkowanie bardzo bolesne tak, że chora unika stósunku z mężem i z powodu tego czuje się bardzo nieszczęśliwą. Leczy się od sześciu lat bez żadnego skutku.

Badanie wykazuje macicę prawidłowej wielkości w tyłozgięciu, do tylnej ściany miednicy przyrosłą. Oba jajniki nisko ułożone bolesne, nieruchome.

19. Maja wykonano laparotomię: na tępo oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i odbytnicą. Po oddzieleniu zrostów dosyć znaczne krwawienie, które uciskiem gazy jodoformowej powstrzymano. Następnie częścią na tępo a częścią nożyczkami pooddzielano zrosty jajnikowe i przyszyto macicę do ściany brzusznej. Przez pierwsze trzy dni po operacyi ciągłe wymioty i mocne bóle dołem i w krzyżach. Dalszy przebieg zaburzony powstaniem wypociny koło jajnika prawego, która jednak pod wpływem środków resorbcyjnych ustąpiła prawie całkowicie.

26. Czerwca chora opuszcza klinikę a przez badanie można przekonać się, że macica znajduje się w przodopochyleniu i w lekkiej elewacyi do ściany brzusznej przyrosła. Po stronie prawej macicy wysoko można wybadać jajnik nieco tkliwy, nieruchomy; lewego jajnika wybadać nie można. Chora skarży się na bóle w krzyżach.

10) B. M., lat 22, zamężna, z Cła. Rozpoznanie: *Anteflexio uteri retropositi. Descensus ovarii utriusque.*

29. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Leopold.*

Wywiady: Zamężna od 2 lat, nie roniła, nie rodziła. Pierwsza regularność w 18. roku życia, dopiero po przerwie rocznej zaczęła się powtarzać nieregularnie z bólami dołem i w krzyżach, które dotąd zawsze towarzyszą regularności. W ostatnich miesiącach bóle te występują i poza regularnością. Od miesiąca krwawienie z macicy. Spółkowanie często bolesne.

Stan obecny: Część pochwowa nieco niżej ustawiona, w osi miednicy. Trzon wielkości i zbitości prawidłowej, ruchomy, w przodozgięciu. Szyjka mocno podciągnięta ku tyłowi przez więzadła tylne, które można wybadać w postaci napiętych postronków. Po obu stronach, nieco ku tyłowi, blisko macicy, poniżej jej ujścia wewnętrznego można wybadać jajniki ruchome, tkliwe, nieco większe.

29. Maja laparotomia. Trzon macicy podniesiono ku przodowi i górze i przyszyto do powłok brzusznych sposobem Leopolda. Oba jajniki przytem podniosły się znacznie.

Przebieg: W okolicy dolnej części rany ropienie i rozejście się brzegów, przez co leczenie znacznie przedłużone. Badanie 5. Lipca wykazuje macicę w przodopochyleniu przyrosłą do ściany brzusznej. Jajników wybadać nie można. Krwawienie, które utrzymywało się jeszcze przez kilka dni, ustąpiło całkiem po operacyi. Podmiotowy stan zdrowia bardzo dobry.

11) G. E., lat 38, zamężna, z Bojanowa. Rozpoznanie: *Retroversio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva.*

4. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Pierwsza miesiączka w 18. roku życia powtarzała się regularnie z bólami dołem i w krzyżach. Zamężna od lat 19-tu, nie rodziła, prawdopodobnie raz roniła. Od trzech miesięcy regularność obfitsza niż dawniej, utrzymuje się do 12-tu dni i łączy się z mocnymi bólami, które i po regularności, lubo w mniejszym stopniu, utrzymują się. Spółkowanie bolesne. Od kilku miesięcy białe upławy. Leczona przez czas dłuższy.

Stan obecny: Część pochwowa stożkowata, w osi miednicy ustawiona, zbitości prawidłowej. Ujście tworzy szparkę poprzeczną o brzegach gładkich. Trzon macicy zwrócony ku tyłowi, z powodu zrostów nie daje się odprowadzić. Po obu

stronach macicy można wybadać oba niżej ułożone, nieruchome jajniki.

4. Czerwca. Po rozcięciu powłok brzusznych taśmowate zrosty, łączące trzon macicy z tylną ścianą miednicy i odbytnicą, częścią poprzerywano palcami, grubsze zaś przecięto po podwiązaniu. Oba jajniki, jak również trąbki połączone zrostami ze sąsiedztwem, oswobodzono i następnie przyszyto macicę do ściany brzusznej.

Przebieg: W okolicy dolnej połowy rany ropienie i rozejście się brzegów. Skoro brzegi rany pokryły się granulacyami, założono szwy wtórorzędne, poczem rana zgoiła się przez rychłozrost.

15. Lipca opuszcza klinikę, nie doznając żadnych dolegliwości a badanie wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Jajników wybadać nie można.

12) K. A., lat 48, zamężna. z Jaworzna. Rozpoznanie: *Inversio vaginae, prolapsus completus uteri retroflexi. Metritis universalis majoris gradus. Cystis ovarii sinistri libera.*

9. Czerwca. *Operatio inversionis vaginae modo Freund. Perineorrhaphia m. Lawson-Tait. Ovariotomia. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; wynik jednak nie całkiem dobry, gdyż z powodu zawczesnego wyjęcia szwów macica znacznie cięższa nie przyrosła do ściany brzusznej; pomimo tego jednak stale utrzymuje się ku przodowi.

Wykonaliśmy więc wentrofiksacyę przy sposobności, t. j. obok laparotomii z innego wskazania pięć razy (cztery razy guzy jajnikowe 1. 2. 7. 12., raz wytrzebienie z powodu rozmiękczenia kości 8.) i to trzy razy z powodu wypadnięcia, dwa razy z powodu tyłozgięcia macicy.

Wentrofiksacyę jako zabieg samoistny wykonano siedm razy: cztery razy w tyłozgięciu lub tyłopochyleniu macicy przyrosłej (3. 6. 4. 5.) dwa razy w tyłozgięciu macicy ustalonej i opadnięciu jajników (9. 11.), raz w przodozgięciu macicy ku tyłowi przeciągniętej i obniżeniu jajników (10). W tym ostatnim przypadku wykonaliśmy operacyę głównie z powodu obniżenia jajników.

Raz przed przyszyciem macicy odcięto jedną zmienioną trąbkę (3) i raz odcięto obie zmienione trąbki i jajniki (6).

Operowaliśmy zawsze w ułożeniu chorej poleconem przez Trendelenburga. Cięcie brzuszne prowadzono dosyć długie, ku dołowi, jak najbliżej spojenia łonowego. Asystent zwykle wysuwał ku górze macicę od strony pochwy, a gdy to okazało się niedostatecznem, przeciągano przez przednią ścianę nitkę jedwabną i za pomocą niej podtrzymywano macicę wygodnie ku górze. W jednym jednak przypadku po wyjęciu nitki z nakłuć wystąpiło dosyć znaczne krwawienie tak, że musiano przystąpić do okłucia otworków. Zrosty oddzielano na tępo palcami, grubsze zaś podwiązywano i przecinano. Krwawienie dosyć znaczne po oddzieleniu zrostów, jakie wystąpiło u chorej pod 9., było następstwem tego, że dla zbyt utrudnionego przystępu nie można było podwiązać zrostów grubszych. Ucisk gazą jodoformową wystarczył do powstrzymania krwawienia. Do szycia używaliśmy jedwabiu i katgutu sublimatowego. Trzy razy operowano metodą Leopolda (8. 10. 12.), dwa razy z dobrym skutkiem, raz ze złym z powodu zawczesnego wyjęcia szwów. W tym ostatnim jednak przypadku, jakkolwiek nie wytworzyły się zrosty między macicą a ścianą brzuszną, macica stale utrzymywała się ku przodowi. Siedm razy operowano metodą Czernego z modyfikacyą Terriera, zawsze z dobrym skutkiem a dwa razy (4. 5.) z moją modyfikacyą, polegającą na tem, że szwy przeprowadzono nie przez przednią, lecz przez tylną ścianę macicy. Do tej modyfikacyi skłoniły mnie następujące okoliczności: Po oddzieleniu zrostów łączących macicę z tylną ścianą miednicy w przypadku 5-tym i odprowadzeniu macicy ku przodowi, układała się ona tak w przodozgięciu, że górna część tylnej ściany przylegała do przedniej ściany brzusznej, co tem wybitniej występywało, że macica była o 3 cm. dłuższą od prawidłowej. Wyrozumowawszy zaś teoretycznie, że w tem położeniu macicy wytwarza się więcej miejsca dla pęcherza moczowego, że w razie przyszycia wytworzą się zrosty tylko na wąskim obszarze, co w razie ciąży może się okazać korzystnem, dalej, że to położenie macicy najwięcej jest zbliżone do fizyologicznego a wreszcie, że gdyby się później

zrosty rozluźniły, to w tem położeniu macica łatwiej się ku przodowi utrzyma, przyszyłem ją w ten sposób w powyższym przypadku.

Wynik pooperacyjny był bardzo dobry. Wszystkie przypady ustąpiły w krótkim czasie; regularność po operacyi nie była tak obfita i bez boleści a pomniejszenie macicy, wygojenie samoistne rozległej nadżerki i ustąpienie upławów jest najlepszym dowodem, że w tem położeniu macicy utrzymuje się krążenie prawidłowe. Wynik pomyślny w pierwszym przypadku skłonił mnie do powtórnego zastósowania tej modyfikacyi z wynikiem również dobrym.

Jakkolwiek czas obserwacyi w naszych przypadkach jest za krótki, aby można należycie ocenić wyniki pooperacyjne, to w każdym razie można już teraz przekonać się niewątpliwie o wartości tego zabiegu operacyjnego.

Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

W pierwszym przypadku całkowitego wypadnięcia macicy uzyskaliśmy wynik bardzo dobry, gdyż pomimo, że nie wykonano żadnej operacyi plastycznej pochwy, w 7 miesięcy po operacyi macica znajduje się w nadanem jej przez przyszycie położeniu a pochwa nawet pomimo silnego parcia nie wysuwa się na zewnątrz. Chora ta zaszła w cztery miesiące po operacyi w ciążę i nie doznaje najmniejszych dolegliwości.

Drugi przypadek wypadnięcia macicy usunął się z pod obserwacyi; w pięć tygodni jednak po operacyi był wynik całkiem zadawalniający. W tyłozgięciach i pochyleniach macicy wyniki były również bardzo dobre, macica we wszystkich przypadkach przyrosła do ściany brzusznej a w przypadkach obniżenia jajników wynik był tak dobry, że je albo tylko z wielką trudnością albo wcale nie można było wybadać.

Podmiotowo stan chorych po operacyi albo był całkiem dobry albo poprawił się znacznie.

Pomimo tak korzystnych wyników, jakie uzyskaliśmy przez przyszycie macicy do przedniej ściany brzusznej w przy-

padkach przez długi czas poprzednio bezskutecznie leczonych, uważałbym zabieg ten operacyjny za ciężki i polecenia godny tylko w tych razach, gdzie leczenie zwykłe w całości wyczerpano a przypady zatruwające życie chorej, utrzymują się w jednakim stopniu. Należy jednak tak w tym jak i w innych zabiegach operacyjnych uwzględnić i stanowisko społeczne kobiety i stósunki, w których kobieta przebywa.

Prędzej bowiem skłonimy się do wykonania tej operacyi u osoby z pracy rąk żyjącej, nie mogącej poddać się leczeniu przeciągającemu się nieraz na całe miesiące a domagającej się szybkiego wyleczenia. A jeżeli przytem uwzględnimy, że u osób tych niekiedy z dala od lekarza przemieszkujących i leczenie krążkami nie jest całkiem obojętne a brak utrzymania w czystości pochwy i usunięcie się z pod kontroli lekarskiej nie rzadko pociąga za sobą złe następstwa, których cały szereg opisał Neugebauer w broszurze p. t.: *Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Leipzig 1893*, to niezawodnie w tych przypadkach z wykonaniem zabiegu operacyjnego nie będziemy ociągali się zbyt długo.

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, wskazania do wentrofiksacyi ustanowiłbym następujące:

1) W tyłozgięciach macicy ustalonych, którym towarzyszą uporczywe przypady a leczenie mechaniczno-resorpcyjne pozostaje bez skutku.

2) W tyłozgięciach tak wolnych jak i ruchomych i wypadnięciu macicy, gdy się robi laparotomię z innego wskazania jak guzów jajnikowych, macicznych, torbieli pozajajnikowych.

3) W zboczeniach macicy ku tyłowi i opadnięciu jajników, jeżeli te nie cofną się ku górze w razie odpowiedniego leczenia a przypady nagabujące chorą, są następstwem nieprawidłowego położenia jajników.

4) W wypadnięciach macicy, gdy ani leczenie krążkami ani zwykłe zabiegi operacyjne na międzykroczu i pochwie nie prowadzą do celu.

5) Przy tyłozgięciach macicy wolnych przychyliłbym się do zdania Pozziego, aby wprzód wykonać operacye Aleksandra Adamsa.

W końcu czuję się obowiązanym podziękować swemu szefowi, Szan. prof. Jordanowi za łaskawe odstąpienie mi kilku przypadków operacyjnych i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego zdania sprawy.